



PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V DOBŘANECH

Ústavní ul., 334 41 Dobřany

IČ: 00669792

DIČ: CZ00669792

TEL.: 377 813 411

EMAIL: PLDOBRANY@PLD.CZ

ID datové schránky: 4k429ud

Ambulance: MUDr. Vladimír Šupina, Parková11a, 326 00 Plzeň,
☎ 373 034 173, 377 034 174

Poučení pacienta nacházejícího se v režimu ochranného ambulantního léčení

Jméno příjmení pacienta: narozen:

Doručovací adresa:

Telefonní kontakt:

Jméno a adresa praktické/ho lékaře/ky:

Toto poučení vychází m.j. ze zákona č. 373/2011 Sb., O specifických zdravotních službách a jeho příslušných paragrafů týkajících se ochranného léčení (Hlava VI, §83-§89)

Já, výše uvedený svým podpisem stvrzuji, že:

- jsem byl lékařem poučen o tom, že se nacházím v režimu ochranného ambulantního léčení, které mně nařídil soud. Stejně tak jsem si vědom, že MUDr. má soudem nařízeno léčení u mne vykonávat. Oba za průběh léčení soudu zodpovídáme.
- jsem byl lékařem seznámen s diagnózou mé nemoci, s projevy nemoci, s možnostmi léčby, s prognózou vývoje nemoci.
- jsem byl ošetřujícím lékařem poučen o nutnosti užívání ordinovaných léků či injekcí
- jsem povinen se řádně, ve stanovený den a čas dostavovat ke kontrolám, k aplikaci injekcí (pokud je u mne lékařem ordinována), k laboratorním odběrům či jiným, lékařem ordinovaným vyšetřením či úkonům
- při kontrole mám možnost s lékařem diskutovat o mém problému, kvůli kterému vykonávám ochranné léčení
- v případě jakéhokoliv zhoršení mého stavu mohu přijít kdykoliv v době ordinačních hodin svůj stav konzultovat s kterýmkoliv lékařem ambulancí PN v Dobřanech na detašovaném pracovišti na adrese Parková11a (budova Genetiky Plzeň), Plzeň - Černice, popřípadě mám možnost hlásit se k dobrovolné hospitalizaci v přijímací ambulanci PN v Dobřanech.
- v případě nemožnosti dostavit se na řádnou kontrolu jsem povinen se řádně nejlépe předem, nejpozději však do 1 pracovního dne omluvit buď písemně na adrese: *Psychiatrická ambulance MUDr. Vladimír Šupina, Parková11a, 326 00 Plzeň*, nebo na telefonním čísle do ambulance, s kterým jsem byl seznámen: 373 034 171, 373 034 172, 373 034 171. Po telefonické omluvě, při které mně bude stanoven nový termín, jsem povinen přijetí a zaregistrování tohoto termínu písemně potvrdit a zaslat na adresu ambulance.
- jsem byl poučen, že v případě mého neomluveného se nedostavení je lékař povinen do 24 hodin (dle zákona č. 373/2011, §87 Odst. 2 písm. b), pododst. 3, Odst. 3.) nahlásit moje nedostavení se ke kontrole soudu, který u mne ochranné léčení nařídil.
- svoji nepřítomnost na řádné kontrole jsem při další kontrole povinen doložit objektivní zprávou o důvodech nepřítomnosti

- v případě opakovaného nedostavování se na kontroly mně hrozí možnost změny ochranného léčení na ústavní formu, popř. stíhání za maření výkonu úředního rozhodnutí. Lékař je povinen o všech skutečnostech referovat nařizujícímu soudu.
- moje doručovací adresa a platný telefonní kontakt jsou napsány výše. V případě jakékoliv změny jsem povinen toto nahlásit neprodleně do ambulance. Případné nedorozumění, které by vzniklo, pokud bych nenahlásil aktuální kontaktní údaje, jde na vrub mé zodpovědnosti. Udržovat aktuální kontaktní údaje je dobré i pro mne, pacienta, např. v případě nemoci lékaře, budu informován či přeobjednán.
- stejně tak budu aktualizovat adresu svého praktického lékaře či lékařky
- jsem byl seznámen s tím, že dle zákona ochranné léčení trvá, dokud nesplní svůj účel, nejdéle však vždy v intervalu 2 let musí Okresní soud Plzeň- město, kterému je příslušná ambulance MUDr. Šupiny rozhodnout o jeho případném dalším trvání či ukončení. Návrh na další postup k soudu podává lékař.
- návrh na ukončení ochranného ambulantního léčení si mohu podat kdykoliv sám a to k Okresnímu soudu Plzeň- město, popřípadě návrh na ukončení ochranného léčení podává ošetřující lékař. Vždy je třeba zohlednit zdravotní stav.
- jsem byl lékařem poučen, že spáchám-li v režimu ochranného ambulantního léčení jakýkoliv delikt, nemusí mne fakt výkonu ochranného léčení chránit před plnou trestní zodpovědností za tento případný trestný čin.

Poučení jsem v plném rozsahu porozuměl, své porozumění stvrzuji svým podpisem a prohlašuji, že jsem také převzal stejnopis tohoto dokumentu pro potřebu mé neustálé informovanosti (adresy, telefonní čísla, praktické postupy související s omluvou apod.).

V Plzni, dne.:

Podpis pacienta:

Ošetřující lékař:

Svědék:

